

**ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ РАЗЪЕДАЮЩЕГО
ДЕЙСТВИЯ: HELICOBACTER PYLORI И РЕПАРАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА**

*Конахович И. И. *, Сачек М. М., Дыбаль А. Б.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Введение. В нозологической структуре отравлений острые отравления веществами разъедающего действия (ООВРД) занимают третье место. Разъедающие вещества повреждают поверхностный слой покровного эпителия слизистой оболочки, далее патологический процесс переходит на подслизистый

и мышечный слой [3]. В развивающихся странах инфицированность *H.pylori* составляет 80 – 90 % населения [4]. Инфицированность *H.pylori* больных с ООВРД составляет 76,5 % [2]. *H.pylori* вызывает снижение продукции желудочной слизи, ухудшение процессов регенерации и кровотока в слизистой оболочке желудка (СОЖ) [4]. До настоящего времени не выяснено влияние *H.pylori* на цитопротективные механизмы СОЖ у больных с ООВРД.

Цель исследования. Изучение морфологических изменений в СОЖ у больных с ООВРД в зависимости от наличия инфекции *H.pylori*.

Материалы и методы. Обследованы в динамике 29 пациентов с эрозивно-коррозивным гастритом, вызванным ООВРД. Среди них 8 женщин и 21 мужчин, средний возраст составил $51 \pm 3,6$ лет. Этиологические факторы: кислоты – у 13 больных, щелочи – у 8, неизвестные ВРД – у 5, окислители – у 3. Проводилась ФГДС с биопсией из сохраненных участков СОЖ [1]. Забор биоптатов проводили на 10-е сутки и затем на 20-е сутки. Морфологические изменения СОЖ оценивали по критериям Сиднейской системы [1]. Для диагностики *H.pylori* использовали быстрый уреазный тест и морфологическое исследование биоптата. Все показатели оценивали в баллах (0, 1, 2, 3). У всех пациентов отмечали слабую степень обсемененности инфекцией *H.pylori*. Эрадикационная терапия основывалась на рекомендациях Маврихтского консенсуса III (ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин в течение 7 – 10 дней) [4]. Все пациенты были разделены на 2 группы: первая – в схему лечения не включалась эрадикация *H.pylori*; вторая – включение в схему лечения эрадикационной терапии. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов до лечения в антральном отделе СОЖ наблюдали хронический гастрит у 93,7 %, острые эрозии на его фоне – у 20 % больных, поверхностный гастрит – у 6,3 %. После лечения, не включавшего эрадикацию, в антруме у всех наблюдали хронический гастрит, острые эрозии на его фоне – у 14,3 % пациентов. После лечения сохранялись умеренные атрофия, воспаление, реактивность лимфоидных фолликулов, слабая активность и обсемененность *H.pylori*, уменьшилась до слабой кишечная метаплазия ($p > 0,11$). В верхней трети СОЖ до лечения наблюдали хронический гастрит у 60 % больных, эрозии на его фоне – в 11,1 % случаев, поверхностный гастрит – у 40 %, острые эрозии на его фоне – в каждом втором случае. После лечения в верхней трети СОЖ наблюдали хронический гастрит у 62,5 % пациентов, поверхностный гастрит – у 37,5 %, отмечали заживление эрозий. В динамике сохранялись слабые атрофия и активность, умеренные воспаление, реактивность лимфоидных фолликулов, обсемененность *H.pylori*, кишечная метаплазия не выявлялась ($p > 0,08$).

Во второй группе пациентов, в схему лечения которых включали эрадикацию *H.pylori*, в антральном отделе наблюдали хронический гастрит у 92,3 % больных, острые эрозии на его фоне – у 16,7 %, поверхностный гастрит – у 7,7 %. После эрадикационной терапии в антральном отделе отмечали хронический и поверхностный гастрит в 87 % и 13 % случаев соответственно. Острые эрозии на фоне хронического гастрита имели место у одного пациента (5 %). В антральном отделе после лечения сохранялись слабые атрофия ($p > 0,05$), активность воспаления и кишечная метаплазия ($p > 0,05$), уменьшилось до слабого воспаление ($p < 0,05$), лимфоидные фолликулы не выявляли ($p > 0,05$),

обсемененность *H.pylori* несколько снизилась, но оставалась слабой ($p > 0,05$). В верхней трети СОЖ до лечения наблюдали хронический гастрит у 84,6 % больных, эрозии на его фоне - в 16,7 % случаев, поверхностный гастрит отмечали у 8,3 %. После лечения в верхней трети СОЖ наблюдали хронический гастрит у 67,4 % пациентов, поверхностный гастрит - у 32,6 %, отмечали полное заживление эрозий. В динамике в верхней трети СОЖ сохранялась слабая атрофия ($p > 0,05$), уменьшилось до слабой выраженности воспаление ($p < 0,05$), несколько уменьшилась активность ($p < 0,05$), уменьшилась до слабой кишечная метаплазия ($p > 0,05$), уменьшилась до умеренной реактивности лимфоидных фолликулов ($p > 0,05$), *H.pylori* не выявлялся ($p > 0,05$).

Выводы.

1. У 80 % больных ООВРД возникает на фоне хронического воспаления СОЖ.

2. У *H.pylori*-позитивных пациентов с эрозивно-коррозионными повреждениями желудка, в схему лечения которых не включалась эрадикационная терапия, эпителизация эрозий в антральном отделе СОЖ замедляется.

3. Включение эрадикационной терапии *H.pylori* в схему лечения больных с ООВРД приводит к достоверному снижению выраженности хронического воспаления и активности гастрита ($p < 0,05$).

Литература:

- 1 Аруин, Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин [и др.] - Москва: Трида-Х, 1998, 69 - 119 с.
- 2 Конахович, И.И. Острые отравления веществами разъедающего действия и *H.pylori*-ассоциированная инфекция / И.И. Конахович [и др.] // Тезисы докладов VI съезда анестез-реаним. / Бел. общ. анестез-реаним., Бел. мед. акад. последиплом. образован. - Минск, 2008 - Вып. VI: Новые технол. в анестез. и интенсив. терапии - С. 90-91
- 3 Пинчук, Т. Рефлюкс-эзофагит при химическом ожоге желудка / Т. Пинчук [и др.] // Врач - 2004. - № 8. - С. 31- 33.
- 4 Malfertheiner, P. The Maastricht 3 Consensus Report. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection / P. Malfertheiner [et al.] // Eur. Gastroenterol. Rev. - 2005 - Vol. 59, № 62. - P. 1-4.